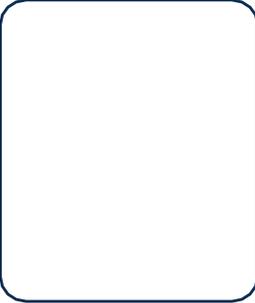


CADASTRO DE MÉDICOS TERCEIRIZADOS

	Nome _____		
	Mais conhecido como Dr(a) _____		Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
	CRM _____	Data nasc. _____	
	E-mail para recebimento de informativos ISG/HRR _____		
	Nome do pai _____		
	Nome da mãe _____		
Telefone _____	Celular _____	CPF _____	
Endereço _____	Complemento _____		
Cidade _____	Estado _____	CEP _____	

DADOS PROFISSIONAIS

Razão social _____		CNPJ _____
Especialidade _____		
REDE PRIVADA: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Clínica		
<input type="checkbox"/>	_____	_____
Pessoa Jurídica - CNPJ: _____		Pessoa Física - CPF: _____
Nome da unidade: _____	CNPJ: _____	ESCALA: _____
Nome da unidade: _____	CNPJ: _____	ESCALA: _____
Nome da unidade: _____	CNPJ: _____	ESCALA: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REDE PÚBLICA: <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		
Pessoa Jurídica - CNPJ: _____		Pessoa Física (Estatutário) - CPF: _____
Nome da unidade: _____	CNPJ: _____	ESCALA: _____
Nome da unidade: _____	CNPJ: _____	ESCALA: _____
Nome da unidade: _____	CNPJ: _____	ESCALA: _____

	ÁREA	ANO
Resid. médica		
Pós-graduação		
Mestrado		
Doutorado		
Título de especialista		

Setor de atuação no hospital _____

Declaro que as informações apresentadas são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de _____

Médico(a)

Responsável pela PJ médica

ASSINATURA

Assine no quadro abaixo (como no prontuário), para melhor identificação da sua assinatura.

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS

- CRM (AUTENTICADO)
- CÓPIA DO DIPLOMA (AUTENTICADO)
- TÍTULO DE ESPECIALISTA, RESIDÊNCIA MÉDICA (AUTENTICADO) OU AFINS
- CURRÍCULUM VITAE (RESUMIDO)
- 2 FOTOS 3X4
- CONTRATO SOCIAL DA PESSOA JURÍDICA
- CNPJ

_____, _____ de _____ de _____

Responsável

ANOTAÇÕES